



コープおおさか病院 外来診療等予約申込書

年 月 日

コープおおさか病院 地域連携相談室

FAX 06-6914-1136

貴院名

医師名

貴院住所

電話

FAX

■ ご依頼いただく内容について、下記の□に✓をお願いします。

* 診療日が確定された科・外来があります。ホームページ又は電話にて確認をお願いします。

- | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 泌尿器科 | <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 | <input type="checkbox"/> 消化器内科 |
| <input type="checkbox"/> リウマチ外来 | <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 | <input type="checkbox"/> 循環器内科 |
| <input type="checkbox"/> ボトックス外来 | <input type="checkbox"/> 眼科 | <input type="checkbox"/> 外科 |
| <input type="checkbox"/> 小児科 | <input type="checkbox"/> その他 | |
| <input type="checkbox"/> 医師の指定等がありましたらご記入下さい | | |

フリガナ		男・女	生年月日	T・S・H・R		
患者名				年	月	日
住所	〒		電話番号	()		

保険者番号			公費負担者番号										
記号・番号			受給者番号										
区分	国保・社保・後期高齢・他	本人・家族	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割									
受診希望日	第1希望日	月 日 ()	第2希望日	月 日 ()	() 希望日なし								
	ご都合の悪い日												

* 診療情報提供書を必ずご添付下さい。

※ 診療体制上、ご希望日に添えない場合があります。

※ 保険情報は証等のコピーでも構いません。

■ 依頼の流れ

① 本予約申込書に記入の上、FAXで申し込んで下さい。確認のため電話をいただければ幸いです。

FAX 06-6914-1136 電話 06-6914-1126

② 地域連携相談室から予約票を送付 (FAX)いたします。

③ 予約票を患者様にお渡し下さい。

予約日当日、総合受付にて、予約票を提出いただくようお願い致します。

④ 診療情報提供書 (原本) は、当日患者様にご持参いただきますよう、御願いたします。